ITEM 144 : FIEVRE AIGUË

Fièvre = hausse de la température centrale au-dessus des variations normales circadiennes = **≥ 38°** le matin ou **≥ 38,3°** le soir
- **Fébricule** : hausse de température **> 37,5°** mais < 38°
- Evolution : - **Aiguë** < **5 jours** : généralement de case infectieuse
  - **Prolongée > 20 jours** : < 50% de cause infectieuse
- Conditions de prise de température : à distance des repas, après 20 minutes de repos, par **voie axillaire** ou **buccale** (ajouter +0,5°C pour obtenir la température centrale) ou par **voie tympanique**
- Reflet de la réponse hypothalamique (centre de la thermorégulation) à l'agression tissulaire : en réponse à des substances pyrogènes exogènes et endogènes (cytokines…). Niveau de fièvre non corrélé à la gravité de l'infection en cours.

→ Non synonyme d'infection :
- Infection sans fièvre **: toxi-infection** (choléra, tétanos…), **infection chronique** (ostéite…), terrain (sujet âgé, immunodéprimé)
- Infection avec hypothermie : **bactériémie à BGN** ++

Evaluation de la contagiosité :
Tout patient avec une fièvre aigue est contagieux jusqu'à preuve du contraire
La présence de signes respiratoires ou méningés ou d'un purpura fébrile doivent motiver des précautions complémentaires respiratoires (chambre seul, masque) avant de continuer l'évaluation du patient.

Gravité

Signes cliniques de gravité

Signes de **sepsis** : signes d'hypoperfusion tissulaire
- Neurologique : **angoisse, agitation, confusion, troubles du comportement, prostration, coma**
- Cardiovasculaire : **PAS <ou= 100 mmHg**
- Cutané : **purpura, extrémités froides et cyanosées, marbrures**
- Respiratoire : **polypnée >ou= 22/min, tirage, balancement thoraco-abdo, polypnée superficielle**, **SaO_2 < 90%**
- Rénal : **oligurie < 0,5 mL/kg/h** ou **anurie**

qSOFA : score d'évaluation rapide permet de repérer rapidement les patients septiques au mauvais pronostic nécessitant un transfert en unité de soins intensifs.
Risque d'évolution péjorative si **au moins 2** des signes **parmi les 3** suivants sont présents :
- PAS <ou= 100mmHg
- FR >ou= 22
- Altération aigue des fonctions supérieurs

Un qSOFA ≥ à 2 doit faire :
- Prendre des mesures de monitoring
- Faire prélever des gaz du sang artériels et des lactates
- Evaluer le SOFA
- Contacter Réa pour avis

Terrain à risque

- **Femme enceinte** : risque de souffrance/mort fœtale, fausse couche spontanée, prématurité
- **Immunodépression** : **déficit humoral** (hypogammaglobulinémie, splénectomie, asplénie fonctionnelle (myélome, drépanocytose), **déficit cellulaire** (VIH, lymphopénie T), **neutropénie, traitement immunosuppresseur, corticothérapie prolongée**
- **Comorbidités :**
  . Diabète mal équilibré
  . Insuffisant cardiaque, coronaropathie
  . Insuffisant respiratoire
  . Insuffisant rénal chronique
  . Patients âgés dépendants/polypathologiques

Retentissement

- **Retentissement neurologique** : troubles du comportement, convulsions, délire, coma
- **Déshydratation** : ↗ des pertes hydriques de **400 mL/degré** au-dessus de 37°C
- **Décompensation cardio-respiratoire** : - ↗ de la **FC** et **FR** de **10 bpm/degré** > à 37°C
  - Majoration des besoins en oxygène

Diagnostic

Int

- Contexte : voyage récent, notion de contage, post-opératoire, prise de risque (sexuel, toxicomanie…)
- Profession (exposition aux animaux, eaux usées…), loisirs [baignade en eau douce (leptospirose), forêt (tiques)]
- Terrain : matériel prothétique vasculaire, valvulaire ou articulaire, cathéter vasculaire
- Prise médicamenteuse

C

- **Neurologique** : syndrome méningé, céphalées, signes de focalisation
- **Ophtalmologique** : conjonctivite, purpura conjonctival, ictère
- **ORL** : rhinorrhée, angine, douleur à la pression des sinus maxillaires ou frontaux, examen tympanique
- **Pulmonaire** : toux, dyspnée, expectoration, signe auscultatoire
- **Cardiaque** : recherche d'un souffle, frottement
- **Abdominal** : diarrhée, signe de Murphy, défense, contracture, hépatosplénomégalie

<table>
<tr><td rowspan="1">Diagnostic</td><td>C</td><td colspan="2">- Urinaire : brûlure mictionnelle, douleur à la percussion lombaire, douleur prostatique au TR, BU
- Génital : leucorrhée, douleur à la mobilisation des annexes
- Cutané : éruption, érysipèle, escarre d'inoculation, plaie d'allure infectée, cicatrice inflammatoire ou purulente
- Palpation des aires ganglionnaires
- Ostéoarticulaire : impotence fonctionnelle, épanchement, point douloureux rachidien, plaie du pied (diabète)
- Présence de matériel étranger : sonde urinaire, cathéter veineux centrale ou périphérique, pacemaker, dérivation ventriculaire…</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Diagnostic étiologique</td><td rowspan="4">Selon le terrain</td><td>Femme enceinte</td><td>- Pyélonéphrite à rechercher systématiquement, surtout au 3ème trimestre
- Recherche d'infection annexielle ou abdominale de forme trompeuse
- Recherche de listériose systématique par hémocultures
- Notions de contage de toxoplasmose, rubéole, CMV ou varicelle</td></tr>
<tr><td>Sujet âgé</td><td>- Symptomatologie souvent atypique, paucisymptomatique, dominée par des manifestations générales et neurologiques (état confusionnel)
- Fièvre possiblement absente en cas d'infection
- Prévalence supérieure des infections pulmonaires, urinaires et digestives</td></tr>
<tr><td>Immuno-déprimé</td><td>- Déficit humorale : bactérie encapsulée = pneumocoque, méningocoque, Haemophilus
- VIH : - CD4 < 200/mm³ : recherche d'infections opportunistes
- CD4 > 200/mm³ : infection bactérienne fréquente, notamment à pneumocoque
- Neutropénie de courte durée : entérobactérie, staphylocoque, streptocoque, entérocoque
- Neutropénie de longue durée : Pseudomonas aeruginosa, fongique (Candida, Aspergillus)</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Prothèse valvulaire : hémoculture systématique à la recherche d'une endocardite infectieuse
- Chirurgie récente : recherche systématique d'une infection du site opératoire
- Diabète : risque ↗ d'infection à S. aureus (notamment cutanée : plaie du pied) et d'infection du site opératoire
- Cirrhose = 25% de décès par infection : infection invasive à pneumocoque, infection du liquide d'ascite
- Dialyse : fréquence des bactériémies à staphylocoques, volontiers méti-R
- Toxicomanie IV : infection staphylocoque surtout, possiblement à Pseudomonas aeruginosa et Candida sp
- Retour d'une zone d'endémie palustre : toute fièvre au retour des tropiques doit faire éliminer un paludisme et impose la réalisation d'un frottis sanguin et d'une goutte épaisse</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Synthèse</td><td colspan="4">Indications d'hospitalisation :
- Signes de gravité
- Terrain à risque : femme enceinte, décompensation de comorbidité, immunodépression
- Difficulté de prise orale des antibiotiques : troubles de déglutition…
- Isolement social, difficultés d'observation prévisibles (éthylisme chronique…)
- Absence d'amélioration malgré réévaluation et/ou adaptation thérapeutique à 48-72h</td></tr>
<tr><td rowspan="3">PC</td><td>Aucune indication</td><td colspan="2">- Fièvre aiguë isolée, bien tolérée, chez un sujet jeune sans comorbidité, sans foyer bactérien évident, ne revenant pas d'une zone d'endémie palustre (se méfier d'un VIH)
- Infection bactérienne localisée évidente cliniquement, non compliquée, accessible à une antibiothérapie probabiliste : otite, sinusite, angine streptococcique, érysipèle…
- Tableau viral évident, bénin, bien toléré : virose saisonnière, fièvre éruptive infantile, bronchite…</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fièvre persistante sans étiologie évidente</td><td>< 72h</td><td>- Si bilan clinique négatif : rassurer le patient et le revoir à 48h si la fièvre persiste
➔ Aucune indication d'antibiothérapie sans foyer infectieux ni en traitement d'épreuve</td></tr>
<tr><td>> 72h</td><td>- Hémocultures prélevées avant toute antibiothérapie
- Bilan standard : NFS, iono, urée, créatininémie, bilan hépatique, BU, RP
- GDS, lactatémie, TP : si signes de gravité
- CRP, PCT : aucun intérêt en cas de diagnostic évident, mais peut orienter vers une étiologie virale ou bactérienne selon la situation</td></tr>
<tr><td colspan="2">Point d'appel infectieux évident</td><td colspan="2">- Traitement adapté à l'étiologie
- En ambulatoire ou hospitalisation selon la gravité, le risque de complication, le terrain, la voie d'administration du traitement et la nécessité d'une surveillance
- Réévaluation systématique à 48-72h, notamment en cas de traitement ambulatoire</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Absence de point d'appel évident</td><td>Sans signe de gravité</td><td>- Enfant, adulte jeune : généralement virose, guérison spontanée en moins d'1 semaine
- Terrain à risque : hospitalisation souvent nécessaire pour surveillance rapprochée et possiblement indication d'antibiothérapie probabiliste</td></tr>
<tr><td>Avec signes de gravité</td><td>La présence de signes de sepsis : généralement d'origine pulmonaire, urinaire ou abdominale
- Antibiothérapie probabiliste et remplissage vasculaire
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien en urgence dès stabilisation du patient</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">Synthèse</td><td rowspan="2">Etiologie non infectieuse</td><td>Syndrome d'hyperthermie</td><td>= Hausse de la température corporelle par défaut de thermolyse.
- Coup de chaleur : exercice physique en conditions de température élevée
- Personne âgée dépendante et polymédiquée en période de canicule
- Médicamenteuse : syndrome malin des neuroleptiques, ISRS, antiparkinsoniens
- Endocrinopathie (exceptionnelle) : thyrotoxicose, phéochromocytome</td></tr>
<tr><td colspan="2">- SRIS : chirurgie majeure, polytraumatisme, hématome volumineux, hémorragie méningée, pancréatite…
- Accident thrombo-embolique
- Contexte inflammatoire : lupus, maladie de Still, SAPL, DRESS syndrome, érythrodermie…
- Néoplasie : nécrose tumorale, cancer multi-métastatique, hémopathie maligne aiguë…</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td>Mesures associées</td><td colspan="2">- Traitement spécifique selon l'étiologie infectieuse
- Lutte contre la déshydratation : boissons abondantes et variées, sucrées et salées</td></tr>
<tr><td>Antipyrétique</td><td colspan="2">= Non systématique : la fièvre augmente les défenses et permet le suivi de l'évolution et du traitement
- Indication : fièvre mal tolérée ou sur terrain particulier (insuffisant cardiaque/respiratoire, sujet âgé)
- Administration systématique et régulière (évite les rebonds de fièvre)
- Paracétamol : - 15 mg/kg x 4/j chez l'enfant, jusqu'à 1 g x 4/j chez l'adulte, oral dès que possible
- Contre-indication : hépatite aiguë, insuffisance hépatique
- Aspirine et anti-inflammatoire non recommandés : risque de syndrome de Reye en cas de virose chez l'enfant, risque de complication loco-régionale ou systémique grave en cas de foyer bactérien</td></tr>
<tr><td>Antibiothérapie</td><td colspan="2">Indication d'antibiothérapie urgente devant une fièvre sans diagnostic :
- Présence de signes de sepsis
- Patient neutropénique (< 500/mm^3) ou asplénique
- Suspicion d'infection grave (ex : Purpura fulminans)
Autre immunodépression ou décompensation : urgence diagnostique (avant antibiothérapie)</td></tr>
</table>